Baromètre santé médecins généralistes 2009

Sous la direction de
Arnaud Gautier

Préface de
Nora Berra

www.inpes.sante.fr
inpes
éditions

Les auteurs

Maryvette Balcou-Debussche, maître de conférences, IUFM-université de La Réunion

François Baudier, médecin, directeur de l'Animation territoriale, Agence régionale de santé de Franche-Comté

François Beck, statisticien, chef du département Enquêtes et Analyses statistiques, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Yann Bourgueil, médecin, directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours (Prospere)

Pierre Buttet, médecin, responsable du pôle Habitudes de vie, direction des Programmes, Inpes

Isabelle Évrard, épidémiologiste, chargée de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Laure Fonteneau, statisticienne, unité des Maladies à prévention vaccinale, département des Maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire (InVS)

Jérôme Foucaud, chargé d'expertise scientifique en promotion de la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes

Cécile Fournier, médecin, département Expérimentation-Évaluation, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Arnaud Gautier, biostatisticien, département Enquêtes et Analyses statistiques, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Romain Guignard, statisticien, département Enquêtes et Analyses statistiques, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Christine Jestin, médecin de santé publique, responsable du pôle Santé environnementale et Maladies infectieuses, direction des Programmes, Inpes

Philippe Le Fur, médecin, directeur de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours (Prospere)

Emmanuelle Le Lay, médecin, chef du département Communication interne et institutionnelle, direction de l'Information et de la Communication, Inpes

France Lert, directrice de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale – université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines (Inserm-UVSQ), UMRS 1018

Daniel Lévy-Bruhl, médecin épidémiologiste, unité des Maladies à prévention vaccinale, département des Maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire (InVS)

Nathalie Lydié, démographe, directrice adjointe de la direction des Affaires scientifiques, Inpes

Marie-José Moquet, médecin, chef du département Qualité et Labellisation, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes

Julien Mousquès, économiste, maître de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours (Prospere)

Ivana Obradovic, politiste, chargée d'études, pôle Évaluation des politiques publiques, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Stéphanie Pin Le Corre, sociologue, responsable du pôle Cycles de vie et Populations, direction des Programmes, Inpes

Jean-Baptiste Richard, statisticien, chargé d'études et de recherche, département Enquêtes et Analyses statistiques, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Dominique Somme, médecin gériatre, docteur de santé publique, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, hôpital européen Georges-Pompidou

Prise en charge des addictions par les médecins généralistes

En 2009, près de deux tiers des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année et 59 % ont reçu au moins un usager de cannabis en consultation. En revanche, seul un médecin généraliste sur cinq déclare avoir vu au moins un patient pour un produit stimulant tel que la cocaïne, l'ecstasy ou les amphétamines au cours de l'année. Parmi ceux qui voient au moins une personne dépendante aux opiacés par mois, 87 % prescrivent des traitements de substitution. La part de la buprénorphine haut dosage est prédominante parmi les prescriptions : 77 % des médecins prescrivent de la BHD, générique ou Subutex® (*vs* 85 % en 2003), 38 % de la méthadone (*vs* 13 % en 1998 et 26 % en 2003) et 15 % un autre traitement (*vs* 7 % en 2003).

La participation à un réseau d'addictologie, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool, ou, le plus souvent, des drogues illicites, concerne 5 % des médecins généralistes. Près des deux tiers des médecins généralistes déclarent aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient, illustrant la diffusion des pratiques de sevrage tabagique en médecine de ville. Pour l'alcool (23 %), et surtout pour le cannabis (8 %), le repérage se fait de manière moins systématique : environ 70 % des généralistes déclarent ne l'aborder que pour certains patients jugés « à risque ». Quel que soit le produit, le repérage systématique est plus souvent effectué par les femmes et se révèle très lié au fait d'appartenir à un réseau d'addictologie.

Le recours à des outils d'aide au repérage de la dépendance semble avoir fortement progressé. Plus d'un tiers des médecins (34 %) déclarent utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation de tabac, alors qu'ils n'étaient que 6 % en 2003. L'utilisation de questionnaires standardisés sur les consommations d'alcool apparaît nettement moins fréquente : 13 % des médecins y ont recours. Cette pratique apparaît également en forte hausse depuis 1998 (ils étaient 1,4 % en 1998 et 2,0 % en 2003). Elle est plus fréquente parmi les médecins qui appartiennent à un réseau d'addictologie. L'utilisation de questionnaires de repérage des consommations de cannabis ne concerne quant à elle que 2 % des généralistes. La prise en charge des usagers de cannabis apparaît particulièrement liée à la propension du médecin à aborder la question du cannabis de sa propre initiative, sans attendre une éventuelle demande du patient.

La part des médecins déclarant avoir vu un patient pour un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours (69 %) est stable depuis 2003, après une hausse significative entre 1998 et 2003. La part de ceux déclarant en avoir vu au moins un pour un sevrage thérapeutique en alcool (52 %) est stable depuis 1998. Elle s'avère cependant très liée à la facilité à aborder ces consommations, elle-même liée au fait de pouvoir s'appuyer sur des directives institutionnelles ou des outils de repérage validés.

Les opinions des médecins sur les drogues sont relativement stables sur certaines questions : 85 % des médecins généralistes pensent que « *les toxicomanes sont avant tout des malades* », près de 90 % considèrent qu'ils ne « *se conforment pas aux prescriptions médicales* ». Concernant le cannabis, 96 % pensent que son usage présente un risque important pour la santé et 92 % qu'il ne « *faut pas le mettre en vente libre* », ce qui témoigne d'une généralisation de ces deux points de vue au regard des enquêtes précédentes. Seulement 20 % déclarent qu'*« il est normal d'essayer le cannabis au moins une fois dans sa vie* ».

Prise en charge des addictions par les médecins généralistes

Romain Guignard
François Beck
Ivana Obradovic

INTRODUCTION

Depuis deux décennies, la prise en charge des addictions par les médecins généralistes a considérablement évolué, dans le domaine du tabagisme, mais aussi de l'alcoolodépendance et des problèmes liés à l'usage d'autres substances psychoactives. Dans le champ des drogues illicites, les autorités se sont progressivement engagées, à partir de la fin des années 1980, dans la politique de réduction des risques **[voir encadré page suivante]**. En parallèle, la montée en puissance d'une nouvelle discipline à la fin des années 1990, l'addictologie, avec la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) et de nombreux diplômes universitaires (DU) et capacités, a contribué à donner une place importante au tabac et à l'alcool parmi les substances psychoactives justiciables de modes de prise en charge spécifiques. L'introduction de l'addictologie a également modifié la manière d'aborder les addictions d'un point de vue de santé publique, en insistant sur la nécessité de développer une prise en charge en deux temps, pour pouvoir prendre en compte des usagers aux profils multiples : repérage précoce des consommations à risque (en particulier grâce aux médecins généralistes) puis, le cas échéant, orientation vers une structure spécialisée **[1-3]**. L'idée selon laquelle le seul fait de poser la question de la consommation de substances psychoactives dans le cadre d'une consultation produit des effets préventifs a largement été reprise depuis pour étoffer, consolider et diversifier l'offre de soins. Un programme national de développement des consultations de tabacologie a ainsi été mis en œuvre entre 2000 et 2002 **[4]**. Le développement d'une approche centrée sur les comportements plutôt que sur les produits s'est traduit plus récemment par la mise en place de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), qui

remplacent désormais les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Ces changements de paradigme se sont combinés et ont trouvé un écho dans les pratiques des professionnels de santé, qui ont même parfois précédé et inspiré l'institutionnalisation de nouveaux modes de prise en charge. Ainsi, avant la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (BHD, sous forme générique ou Subutex®) en 1996 et l'introduction officielle des traitements de substitution dans la prise en charge des usagers de drogues par voie intraveineuse, et des usagers d'héroïne en particulier, certains médecins généralistes prescrivaient déjà des opiacés, en particulier de la buprénorphine faiblement dosée (Temgesic®) au titre d'une substitution à l'héroïne visant à prévenir la propagation de l'épidémie de VIH par le partage des seringues **[5, 6]**. Cependant, la majorité des médecins se trouvait démunie devant les usagers de drogues. La mise à disposition de la BHD en médecine de ville a donc profondément bouleversé la prise en charge des consommateurs d'opiacés : elle a contribué

PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AU COURS DES DEUX DERNIÈRES DÉCENNIES[a]

Date	Événements
Mai 1987	Décret Barzach n° 87-328 autorisant la vente libre de seringues
Mars 1994	Circulaire DGS/DH n° 15 instituant les réseaux ville-hôpital toxicomanie Circulaire DGS n° 14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes
Automne 1994	Mise en vente des Stéribox®[b]
Mars 1995	Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 fixant les cadres réglementaires de prescription et de dispensation de la méthadone et de la BHD et instituant officiellement les programmes d'échange de seringues (implantés à titre expérimental dès 1989)
Février 1996	Mise sur le marché du Subutex®
Juin 1998	Premier plan pluriannuel de lutte contre les drogues (1998-2001), élaboré par la Mildt (première initiative de formalisation d'une politique publique intégrée contre les addictions)
1999	Suppression des carnets à souche et début des ordonnances sécurisées pour encourager les médecins généralistes à la prescription de morphiniques
Décembre 1999	Substituts nicotiniques disponibles sans ordonnance Programme national de développement des consultations de tabacologie
Début 2000	Délivrance hebdomadaire (et non plus mensuelle) des traitements de substitution aux opiacés en pharmacie pour éviter détournements et accidents
Janvier 2002	Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 permettant aux médecins des établissements de santé de prescrire de la méthadone en première phase de traitement
Juin 2004	Conférence de consensus sur les traitements de substitution
Février 2007	Remboursement des substituts nicotiniques et du Champix® à hauteur de 50 euros par an (premier mois de sevrage tabagique)
Mai 2007	Recommandations sur l'abus, les dépendances et les polyconsommations (stratégies de soins) par la Haute Autorité de santé
Septembre 2007	Autorisation de mise sur le marché de la méthadone sous forme de gélules à destination des patients traités par substitution à la méthadone depuis au moins un an

a. Dans un souci de synthèse et de lisibilité, cette liste a été limitée aux événements relatifs à la prise en charge des addictions, sans évoquer l'ensemble des plans d'action institutionnels publiés par les ministères en charge des questions liées à la toxicomanie, les rapports d'experts, les conférences de consensus et les recommandations de bonnes pratiques cliniques, pourtant nombreux dans ce domaine.

b. Le Stéribox® est un kit de prévention du VIH et des hépatites à destination des usagers de drogues par voie intraveineuse. Disponible en pharmacie, il permet d'améliorer l'accès au matériel d'injection stérile. Le kit comprend deux seringues à insuline, deux tampons d'alcool, deux flacons d'eau stérile, un préservatif, deux stéricups, un mode d'emploi et des messages de prévention et de sensibilisation.

à impliquer de plus en plus directement les médecins généralistes dans la mise en œuvre des traitements de substitution aux opiacés, en leur fournissant une réponse institutionnelle permettant d'engager une relation thérapeutique **[7-9]**. La BHD peut en effet être primo-prescrite par tout médecin, sans restriction d'activité, ce qui la rend plus accessible que la méthadone qui ne peut être prescrite qu'aux majeurs dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution par des médecins exerçant en établissement de santé. La BHD est ensuite délivrée en pharmacie de ville. Cette facilité de prescription et de délivrance de la BHD en fait le traitement de substitution aux opiacés le plus couramment dispensé en France. Pour compléter les connaissances relatives aux résultats des actions de réduction des risques, une expertise collective a été confiée en février 2009 à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) par le ministère de la Santé afin d'identifier les voies de progrès au regard de la politique actuelle **[10]**.

Les médecins généralistes se trouvent également en position de recours pour des patients déclarant un usage de produits plus répandus dans la population – tabac, alcool et, dans une moindre mesure, cannabis. Ils sont alors confrontés, dans l'exercice de leur profession, au problème des consommations excessives et de la toxicodépendance **[11]**. En France, comme dans la plupart des pays développés, les consommations de tabac et d'alcool représentent les premières causes de mortalité et de morbidité « évitables » **[12-16]**. Outre les pathologies non cancéreuses auxquelles il est associé (maladies cardio-vasculaires, broncho-pneumopathies chroniques obstructives, etc.), le tabagisme serait en cause dans un cancer sur trois et serait responsable d'environ 60 000 décès chaque année en France. L'alcool serait également responsable d'un tiers des nouveaux cas de cancer chaque année et pointé comme la cause principale d'environ 30 000 décès par an **[17]**. En moyenne, la consommation excessive d'alcool était à l'origine de 14 % des décès masculins et de 3 % des décès féminins en 2000 **[18]**. Par ailleurs, la France connaît la plus forte surmortalité masculine liée à l'alcool de tous les pays d'Europe, de 30 % supérieure à la moyenne européenne, ce qui témoigne de l'importance cruciale, en France, des enjeux de santé publique liés à l'usage de tabac et d'alcool.

C'est pourquoi la lutte contre les addictions constitue une priorité des politiques de santé dans notre pays : elle figure en bonne place parmi les objectifs des Plans cancer 2003-2007 et 2009-2013, successivement programmés pour une durée quinquennale **[19, 20]**, et se situe en tête des orientations de la loi de santé publique du 9 août 2004 **[21]**. Dans le second Plan cancer figurent plusieurs points concernant directement les professionnels de santé. Il souligne en effet que les professionnels de santé de première ligne, en particulier les médecins traitants, sont le plus à même de réaliser efficacement le repérage des expositions aux risques de cancers, de recommander les moyens de réduction des risques et de proposer les dépistages nécessaires (individuels ou dans le cadre du dépistage organisé). Ce sont eux qui ont la meilleure connaissance de l'individu, de son environnement et de son entourage, et qui peuvent proposer ces démarches aux moments opportuns de son parcours de vie ou de soins.

Parmi les mesures spécifiques, alors que le Plan 2003-2007 prévoyait l'introduction d'une démarche minimale de conseils concernant le tabac et l'alcool dans la consultation de prévention prévue par la loi de santé publique, l'évaluation de cette mesure indique que les consultations de prévention ne sont pas encore mises en place, à l'exception d'expérimentations dans des tranches d'âge élevées (plus de 70 ans),

qui ne sont pas celles pour lesquelles un conseil pour l'arrêt d'une consommation excessive d'alcool est le plus pertinent **[22]**. Le Plan 2009-2013 insiste, quant à lui, sur la nécessité de remettre le médecin traitant au cœur des dépistages, en soulignant que son implication est très variable selon les dépistages : il rappelle que le médecin traitant doit jouer un rôle pivot en prévention, que ce soit pendant la phase de traitement ou dans la vie après le cancer. Pour cela, il préconise de donner aux médecins traitants des outils leur permettant d'être facilement avertis quand leurs patients n'ont pas effectué de dépistage et de les informer régulièrement sur le dépistage, en leur expliquant clairement les avantages et les questions qui se posent, pour éviter que des informations non scientifiquement validées ne les mettent en difficulté vis-à-vis de leurs patients.

Il est ainsi particulièrement intéressant d'observer, au terme du Plan cancer 2003-2007 et de deux décennies de réduction des risques, comment les médecins généralistes jouent et perçoivent leur rôle dans le repérage et la prise en charge des pratiques addictives ou à risque, et comment leurs représentations des drogues et de leurs usagers ont évolué au cours de la dernière décennie.

EXEMPLES D'ACTIONS RÉALISÉES PAR L'INPES AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LES SUJETS « TABAC, ALCOOL, CANNABIS, CONDUITES DOPANTES » ENTRE 2004 ET 2008

2004

Diffusion par mailing du document *Repères pour votre pratique* (*RPP*) « Intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool »
Diffusion par mailing du *RPP* « Intervention auprès des consommateurs de tabac »
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Tabac »/campagne grand public, 31 mai
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Alcool »/campagne grand public

2005

Diffusion par mailing du *RPP* « Intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool », en avril
Mailing « Alcool »/dépliant équivalence
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle sur tabac, alcool et femmes enceintes/campagne grand public
Diffusion par mailing du *RPP* « Tabac » et d'une affiche « Zéro tabac et zéro alcool »
Promotion des outils « Tabac - Ouvrons le dialogue » et « Alcool - Ouvrons le dialogue »

2006

Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Tabac info service »/campagne grand public, 31 mai
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Cannabis »/campagne grand public
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Alcool et femmes enceintes »/campagne grand public
Diffusion postale du *RPP* « Cannabis »

2007

Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Cannabis »/campagne grand public
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Tabac info service »/campagne grand public, 31 mai
Actualisation du dossier de consultation de tabacologie

2008

Diffusion postale du *RPP* « Conduites dopantes »
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Tabac info service »/campagne grand public, 31 mai

RÉSULTATS

NOMBRE D'USAGERS DE DROGUES ILLICITES RENCONTRÉS

En 2009, près d'un tiers des médecins généralistes déclarent ne voir aucun usager dépendant aux opiacés **[tableau I]**. La moitié environ déclare avoir reçu au moins un usager dépendant aux opiacés par mois (49,2 %). Ce chiffre apparaît en nette augmentation par rapport à 2003 (34,0 %) et indique une hausse assez nette de la présence des personnes dépendantes aux opiacés en médecine de ville **[figure 1]**.

Au total, les médecins généralistes voient en moyenne 1,8 [1,7 ; 1,9] usager dépendant aux opiacés par mois : ils en voyaient 1,6 [1,3 ; 1,9] par mois en 2003. Pour ceux qui en voient au moins un par mois, le nombre moyen d'usagers d'opiacés reçus au cours d'un mois donné est de 3,6 [3,4 ; 3,8], c'est-à-dire moins qu'en 2003 (4,6 [3,9 ; 5,4]). Ce résultat permet d'extrapoler le nombre d'usagers dépendants aux opiacés pris en charge par les médecins généralistes en France en 2009. En rapportant le nombre moyen de sujets dépendants aux opiacés vus par mois à l'ensemble des

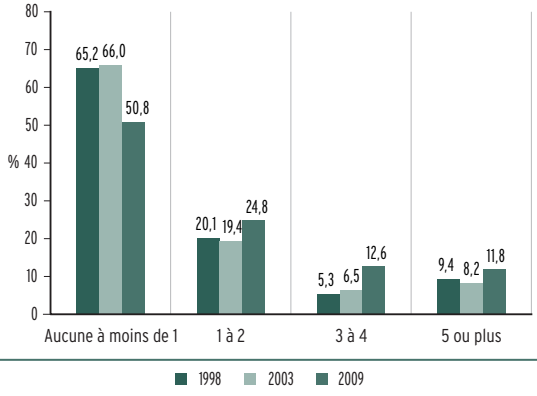
TABLEAU I

Répartition des médecins, selon le nombre de personnes vues par mois... (en pourcentage)

	Aucune	Moins de 1	De 1 à 2	De 3 à 4	De 5 à 9	10 ou plus
... dépendantes aux opiacés	35,7	15,1	24,8	12,6	7,1	4,7
... pour leur consommation de cocaïne, d'amphétamine ou d'ecstasy	78,2	10,3	7,8	1,9	0,9	0,9
... pour leur consommation de cannabis	40,7	23,1	23,1	8,5	3,0	1,6

FIGURE 1

Évolution du nombre de personnes dépendantes aux opiacés, vues par mois par les généralistes, en 1998, 2003 et 2009 (en pourcentage)



médecins libéraux[1], on obtient une estimation de 110 000 usagers vus en moyenne par mois : cette estimation doit être lue avec prudence car elle ne tient pas compte de la possibilité, pour un patient, d'être suivi par plusieurs médecins[2]. L'estimation du nombre moyen d'usagers vus par mois peut toutefois être rapprochée de l'estimation réalisée en 2003 (100 000 personnes), suggérant une légère tendance à la hausse.

S'agissant du cannabis, il s'avère que les médecins qui voient au moins cinq patients par mois au titre de ce produit sont peu nombreux (4,6 %), tandis qu'ils sont 11,8 % à accueillir au moins cinq patients par mois pour un problème lié aux opiacés. Les produits stimulants tels que la cocaïne, l'ecstasy ou les amphétamines sont beaucoup

1. Soit 61 359 omnipraticiens au 31 décembre 2008. Chiffres et repères 2008. Assurance maladie.
2. En effet, les patients traités à la méthadone ou à la BHD voient deux médecins en moyenne par an. Un quart d'entre eux voient même au moins trois médecins différents au cours d'une année. Cette proportion est toutefois en baisse [23].

TABLEAU II

Facteurs associés au fait de voir au moins un patient pour...

		... un usage de cannabis (N = 1949)		
	n	%	OR	IC à 95 %
Total		59,3		
Sexe				
Hommes (réf.)	1 454	59,4	1	
Femmes	629	59,2	1,1	0,9; 1,3
Âge				
40 ans et moins (réf.)	299	62,0	1	
41 à 50 ans	661	59,1	1,0	0,7; 1,3
Plus de 50 ans	1 123	58,8	1,0	0,8; 1,4
Taille de l'agglomération				
Moins de 20 000 habitants (réf.)	855	58,0	1	
20 000 habitants et plus	974	60,4	1,1	0,9; 1,3
Agglomération parisienne	254	59,8	1,1	0,8; 1,4
Nombre moyen d'actes par jour		***		
1 à 20 actes (réf.)	817	53,6	1	
Plus de 20 actes	1 217	64,0	1,4**	1,1 ; 1,7
Type de cabinet		***		
Cabinet individuel (réf.)	998	52,8	1	
Cabinet de groupe	1 081	65,4	1,6***	1,3; 2,0
Part de la clientèle bénéficiant de la CMU				
Moins de 10 % (réf.)	1 514	58,8	1	
10 % ou plus	521	63,1	1,1	0,9; 1,4
Facile d'aborder l'usage de drogue		***		
Pas facile (réf.)	854	53,7	1	
Facile	1 188	64,6	1,4***	1,2; 1,7
Rôle du médecin généraliste dans le domaine de la consommation de cannabis		***		
Plutôt/Plutôt pas/Pas du tout (réf.)	893	51,9	1	
Tout à fait	1 190	64,9	1,5***	1,3; 1,8

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.
NB : Les pourcentages sont calculés sur la base n, les modélisations sont effectuées sur les N individus qui n'ont aucune valeur manquante.

moins représentés parmi la patientèle reçue en cabinet : seul un médecin généraliste sur cinq déclare voir au moins un patient pour l'un de ces produits.

Comme cela a déjà été relevé dans les enquêtes précédentes, le suivi des usagers dépendants aux opiacés est plutôt assuré par des hommes **[tableau II]**. L'exercice en cabinet de groupe, le volume d'actes réalisés par jour (au-delà de vingt) et la part des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) parmi les patients reçus (10 % ou plus) sont également associés à un taux plus élevé de médecins déclarant suivre au moins un usager par mois, tout comme le sentiment de pouvoir aborder facilement la question de l'usage de drogues. Enfin, les médecins qui participent à un réseau de toxicomanie, hépatite ou VIH, sont nettement plus enclins que les autres à prendre en charge ces patients

3. L'inclusion dans le modèle logistique de la participation à un réseau de toxicomanie, VIH ou hépatite, ne modifie pas les résultats (OR = 2,9 ; p<0,001).

	… un usage de cocaïne, d'ecstasy ou d'amphétamines (N = 1946)			… un usage d'opiacés (par mois) (N = 1953)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
	21,8			49,2		
	***			***		
	23,9	1		52,6	1	
	16,8	0,7**	0,5 ; 0,9	41,4	0,6***	0,5 ; 0,8
	19,8	1		50,2	1	
	21,8	1,1	0,7 ; 1,5	49,8	0,9	0,7 ; 1,2
	22,2	1,1	0,8 ; 1,5	48,6	0,9	0,7 ; 1,2
				*		
	19,8	1		52,2	1	
	23,8	1,3*	1,0 ; 1,6	48,0	0,8*	0,7 ; 1,0
	20,5	1,1	0,8 ; 1,6	43,9	0,7**	0,5 ; 0,9
	**			***		
	18,3	1		41,6	1	
	23,8	1,3	1,0 ; 1,6	54,5	1,4***	1,2 ; 1,8
				***		
	20,2	1		44,1	1	
	23,2	1,2	0,9 ; 1,5	54,0	1,4**	1,1 ; 1,6
	**			***		
	20,3	1		45,1	1	
	26,4	1,4*	1,1 ; 1,7	61,9	2,2***	1,8 ; 2,7
	***			***		
	17,7	1		45,0	1	
	25,3	1,5***	1,2 ; 1,8	53,3	1,4**	1,1 ; 1,6

(74,8 % *vs* 47,2 % ; p<0,001[3]). En revanche, contrairement à ce qui avait été observé en 2003, l'âge du médecin semble sans lien avec sa propension à prendre en charge les usagers de drogues, et de surcroît les médecins sont désormais plus nombreux à prendre en charge des personnes dépendantes aux opiacés dans les communes de moins de 20 000 habitants que dans les communes plus peuplées.

Les caractéristiques des médecins ayant été en contact avec des usagers pour leur consommation de cocaïne, d'ecstasy ou d'amphétamines sont globalement similaires, à l'exception de l'exercice en cabinet de groupe qui n'est plus associé au fait de recevoir des patients pour leur consommation de stimulants et, une fois contrôlés les effets de structure, du nombre d'actes réalisés par jour. Cela semble indiquer que le profil des médecins en contact avec des usagers de cocaïne, d'ecstasy ou d'amphétamines est moins spécifique que celui des médecins en contact avec des usagers dépendants aux opiacés.

Le profil des médecins qui ont été amenés à rencontrer des usagers de cannabis semble encore moins singulier : hommes et femmes médecins ne se distinguent plus sur ce point. La taille de l'agglomération de rattachement professionnel ne semble pas davantage être associée à une plus grande fréquence des contacts avec des usagers de cannabis. En revanche, les médecins qui considèrent que la prévention dans le domaine de la consommation de cannabis fait « *tout à fait* » partie du rôle du généraliste sont plus nombreux à déclarer rencontrer des usagers pour ces problèmes (64,9 % *vs* 51,9 % ; p<0,001). Ainsi, la propension à aborder la question du cannabis apparaît évidemment très liée au fait d'avoir vu des patients pour un problème lié au cannabis dans l'année : les médecins qui n'abordent jamais la consommation de cannabis ou uniquement à la demande du patient ne sont que 39,2 % à avoir reçu au moins un usager de cannabis pour cette raison dans l'année, *versus* 65,2 % de ceux qui abordent spontanément ce sujet pour certains de leurs patients et 75,9 % de ceux qui le font systématiquement[4].

PRESCRIPTION DE TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Parmi les médecins généralistes qui voient au moins une personne dépendante aux opiacés par mois, 87,2 % prescrivent des traitements de substitution. La part de la buprénorphine haut dosage est prédominante : 76,9 % des médecins prescrivent de la BHD générique ou Subutex®, (ce qui représente une baisse par rapport à 2003 ; p<0,001), 37,7 % prescrivent de la méthadone (part en hausse par rapport à 2003 ; p<0,001) et 14,9 % prescrivent un autre traitement (Temgésic®, sulfates de morphine, etc.) **[figure 2]**.

REPÉRAGE DES USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Près des deux tiers des médecins généralistes déclarent avoir au moins une fois, avec chaque patient, abordé la question de la consommation de tabac. Pour l'alcool et le cannabis, le repérage est moins systématique : environ 70 % déclarent n'aborder la question que pour certains patients « jugés à risque ». Pour le cannabis, ils sont même un quart à ne jamais l'aborder, ou alors seulement à la demande du patient **[figure 3]**.

De manière générale, le repérage systématique est plus souvent effectué par les femmes médecins pour l'ensemble des substances psychoactives, et plus souvent effectué dans l'agglomération parisienne en ce qui concerne l'alcool et le cannabis **[tableau III]**. Alors que le repérage systématique de la consommation de tabac apparaît

4. L'inclusion dans le modèle logistique de la manière d'aborder la consommation de cannabis ne modifie pas les résultats.

FIGURE 2

Prescription d'un traitement de substitution et type de traitement prescrit par les médecins généralistes voyant au moins un toxicomane dépendant aux opiacés par mois, selon l'année (en pourcentage)

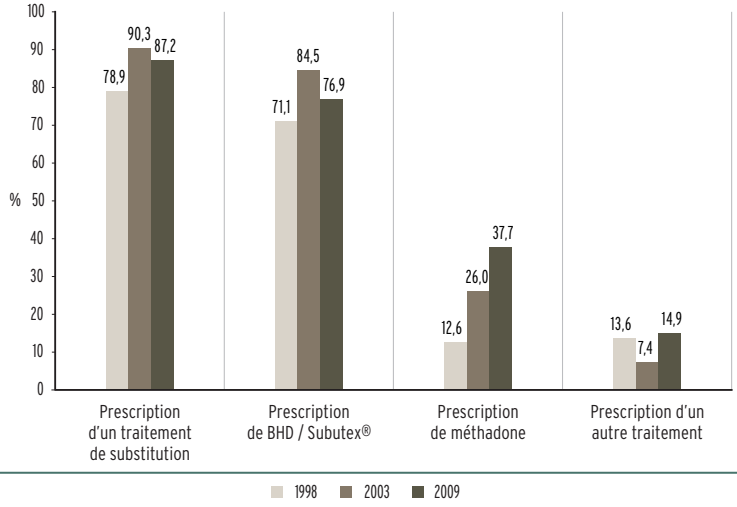
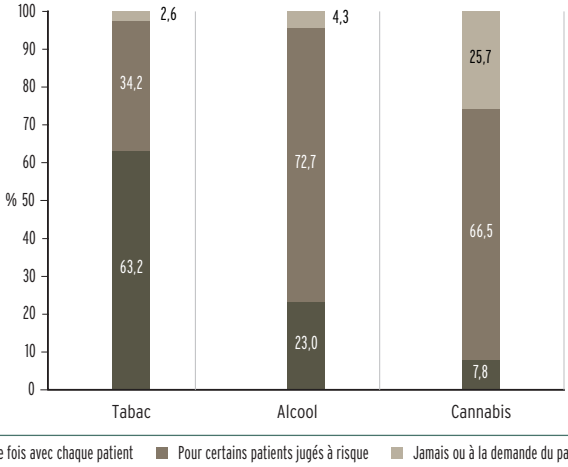


FIGURE 3

Médecins généralistes déclarant aborder la question des consommations de tabac, alcool et cannabis (en pourcentage)



plus fréquent chez les jeunes médecins (40 ans ou moins), ce sont les médecins âgés de plus de 50 ans qui pratiquent le plus souvent le repérage systématique d'un usage de cannabis. Enfin, le repérage systématique des consommations de substances psychoactives est très lié au fait d'appartenir à un réseau d'addictologie (tabac, alcool, drogues illicites), à la facilité à aborder ces problèmes et à la perception du rôle du généraliste dans ces domaines.

Le recours à des outils d'aide au repérage de la dépendance semble en outre avoir fortement progressé. Plus d'un tiers des médecins (34,0 %) déclarent utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation de tabac, comme des tests ou des échelles **[tableau IV]**. Ce pourcentage apparaît en très forte hausse par rapport à 2003 (6,3 %), alors qu'il n'avait pas évolué de manière significative entre 1998 et 2003.

Les médecins femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes, en proportion, à déclarer recourir aux outils de repérage de la dépendance tabagique (40,9 % *vs* 31,0 % ; p<0,001), ce qui témoigne d'une situation stable par rapport à 2003 **[tableau V]**. En revanche, les médecins plus âgés sont toujours nettement moins enclins à mettre en œuvre ce repérage. L'appartenance à un réseau d'alcoologie, de tabacologie ou d'addictologie semble être le facteur qui pèse de la façon la plus déterminante pour le recours au repérage précoce du tabagisme par questionnaire standardisé. Le sexe, l'âge

TABLEAU III

Facteurs associés au fait d'aborder la question des consommations au moins une fois avec chaque patient

	Tabagisme (N = 2 081)			
	n	%	OR	IC à 95 %
Total		63,2		
Sexe		***		
Hommes (réf.)	1 454	59,9	1	
Femmes	629	70,7	1,5***	1,2 ; 1,8
Âge		***		
40 ans et moins (réf.)	299	73,9	1	
41 à 50 ans	661	66,0	0,7*	0,5 ; 1,0
Plus de 50 ans	1 123	58,7	0,6***	0,4 ; 0,7
Taille de l'agglomération				
Moins de 20 000 habitants (réf.)	855	60,5	1	
20 000 habitants et plus	974	65,4	1,2	1,0 ; 1,5
Agglomération parisienne	254	63,8	1,1	0,8 ; 1,5
Appartient à un réseau tabac, alcool, toxicomanie ou addiction		**		
Non (réf.)	1936	62,2	1	
Oui	147	75,5	1,8**	1,2 ; 2,6
Facile d'aborder le tabagisme/l'alcool/la drogue		**		
Pas facile (réf.)	224	54,5	1	
Facile	1857	64,3	1,4*	1,1 ; 1,9
Rôle du médecin généraliste dans le domaine de la consommation de tabac/d'alcool/de cannabis		***		
Plutôt/Plutôt pas/Pas du tout (réf.)	382	53,4	1	
Tout à fait	1701	65,4	1,6***	1,3 ; 2,1

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

NB : Les pourcentages sont calculés sur la base n, les modélisations sont effectuées sur les N individus qui n'ont aucune valeur manquante.

du médecin et surtout la familiarité avec les réseaux professionnels de prise en charge des addictions sont donc les facteurs les plus nettement associés à la pratique d'un repérage des situations d'abus de tabac.

L'utilisation de questionnaires sur les consommations d'alcool est nettement moins fréquente que pour le tabac : seulement 12,9 % des médecins déclarent y avoir recours. Cette pratique apparaît toutefois en très forte hausse depuis 1998 (1,4 % en 1998, 2,0 % en 2003). Elle n'est pas liée au sexe, à l'âge ou au lieu d'exercice des médecins, mais elle est plus fréquente, une

TABLEAU IV

Utilisation par les médecins généralistes de questionnaires préétablis dans le domaine du tabac, de l'alcool et des drogues illicites, par année (en pourcentage)

	1998 (N = 2 073)	2003 (N = 2 057)	2009 (N = 2 083)
Tabac	6,2	6,3	34,0
Alcool	1,4	2,0	12,9
Cannabis/drogues/addictions	–	–	2,4

	Consommation d'alcool (N = 2 081)				Consommation de cannabis (N = 2 042)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
		23,0				7,8		
		***				*		
	1 454	19,9	1		1 454	6,8	1	
	629	30,0	1,9***	1,5 ; 2,4	629	10,0	1,8**	1,2 ; 2,5
						**		
	299	25,4	1		299	5,7	1	
	661	21,8	0,9	0,6 ; 1,2	661	5,9	1,0	0,6 ; 1,8
	1 123	23,1	1,0	0,7 ; 1,4	1 123	9,4	1,9*	1,1 ; 3,3
		**				**		
	855	21,8	1		855	6,0	1	
	974	21,8	1,0	0,8 ; 1,2	974	8,1	1,3	0,9 ; 1,9
	254	31,9	1,5*	1,1 ; 2,0	254	12,6	1,9**	1,2 ; 3,1
		*				***		
	1936	22,4	1		1936	7,0	1	
	147	31,3	1,4	1,0 ; 2,1	147	18,4	2,5***	1,6 ; 4,0
		***				***		
	823	16,2	1		854	4,9	1	
	1 258	27,5	1,9***	1,5 ; 2,4	1 188	10,1	1,8**	1,2 ; 2,6
		***				***		
	516	12,8	1		893	3,7	1	
	1 567	26,4	2,3***	1,7 ; 3,0	1 190	10,8	2,7***	1,8 ; 4,0

TABLEAU V

Facteurs associés à l'utilisation de questionnaires préétablis concernant les consommations de tabac et d'alcool

	Tabac (N = 2 077)			
	n	%	OR	IC à 95 %
Sexe		***		
Hommes (réf.)	1 454	31,0	1	
Femmes	629	40,9	1,3**	1,1 ; 1,6
Âge		***		
40 ans et moins (réf.)	299	47,5	1	
De 41 à 50 ans	661	37,5	0,7*	0,5 ; 0,9
Plus de 50 ans	1 123	28,3	0,5***	0,4 ; 0,7
Taille de l'agglomération				
Moins de 20 000 habitants (réf.)	855	34,5	1	
20 000 habitants et plus	974	34,8	1,0	0,8 ; 1,2
Agglomération parisienne	254	29,1	0,8	0,6 ; 1,1
Type de cabinet		***		
Cabinet individuel (réf.)	998	30,2	1	
Cabinet de groupe	1 081	37,6	1,2	1,0 ; 1,4
Appartient à un réseau tabac, alcool, toxicomanie ou addiction		**		
Non (réf.)	1 936	33,2	1	
Oui	147	44,9	1,6**	1,2 ; 2,3
Facile d'aborder le tabagisme/la consommation d'alcool				
Pas facile (réf.)	224	33	1	
Facile	1 857	34,1	1,0	0,8 ; 1,4
Rôle du médecin généraliste dans le domaine de la consommation de tabac				
Plutôt/Plutôt pas/Pas du tout (réf.)	382	29,8	1	
Tout à fait	1 701	34,9	1,3	1,0 ; 1,6

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.
NB : Les pourcentages sont calculés sur la base n, les modélisations sont effectuées sur les N individus qui n'ont aucune valeur manquante.

fois encore, parmi les médecins qui appartiennent à un réseau d'alcoologie, de tabacologie ou d'addictologie. Quant à l'utilisation de questionnaires standardisés de repérage des consommations de cannabis, elle reste marginale et concerne seulement 2 % des médecins généralistes.

MODE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS POUR LEUR USAGE DE TABAC, D'ALCOOL OU DE DROGUES ILLICITES

Si la quasi-totalité des médecins généralistes (94,5 %) prennent en charge leurs propres patients dans le cadre d'un sevrage tabagique (seuls ou en liaison avec une structure), cette part apparaît en légère baisse par rapport à 2003 et s'inscrit dans un mouvement de baisse continue depuis le début des années 1990 **[tableau VI]**. Les évolutions observées quant à l'organisation de la prise en charge des patients dans le cadre d'un usage problématique d'alcool sont du même ordre, bien qu'elles apparaissent moins nettement. Ainsi, les trois quarts des médecins généralistes (76,7 %) prennent eux-mêmes en charge leurs patients pour un problème lié à l'alcool, cette proportion étant en baisse par rapport à 2003. En

	Alcool (N = 2 077)			
	n	%	OR	IC à 95 %
	1 454	12,7	1	
	629	13,5	1,1	0,8 ; 1,5
	299	14,0	1	
	661	12,0	0,8	0,5 ; 1,2
	1 123	13,2	0,9	0,6 ; 1,4
	855	12,3	1	
	974	13,3	1,1	0,8 ; 1,4
	254	13,4	1,0	0,7 ; 1,6
	998	12,7	1,0	
	1 081	13,1	1	0,8 ; 1,3
		***		
	1 936	11,6	1	
	147	29,9	3,1***	2,1 ; 4,6
		**		
	823	10,6	1	
	1 258	14,5	1,4*	1,0 ; 1,8
	516	10,5	1	
	1 567	13,7	1,2	0,9 ; 1,7

revanche, et contrairement au tabac, la prise en charge du patient pour un problème lié à l'alcool sans recours à une structure spécialisée reste une exception pour les praticiens.

Le paysage concernant les drogues illicites apparaît singulièrement différent. En ce qui concerne la prise en charge des consommateurs de cannabis, les médecins se répartissent à parts relativement égales entre les trois situations proposées (prise en charge seul, en lien avec une instance extérieure ou orientation vers une autre instance). En outre, la majorité des médecins ne prennent pas en charge les usagers d'opiacés ou d'autres drogues illicites, et lorsqu'ils le font, c'est quasi systématiquement en association avec une structure ou un confrère. Respectivement 12,7 % et 11,8 % des généralistes déclarent ne pas se sentir concernés par les problèmes liés à la consommation de cannabis ou à la consommation d'autres substances illicites.

De manière générale, les médecins hommes sont plus nombreux à prendre leurs patients en charge seuls pour les problèmes de consommation de tabac, d'alcool ou de drogues illicites. À l'inverse, les médecins femmes prennent plus souvent en charge en liaison avec des structures leurs patients qui connaissent des problèmes d'alcool ou de cannabis. Concernant les autres drogues, les femmes sont plus nombreuses à adresser leurs patients à un confrère ou à des structures spécialisées **[figure 4]**.

LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES DE TABAGISME ET D'ALCOOLODÉPENDANCE

En raison de la prévalence plus importante des usages d'alcool et de tabac dans la population, relativement aux drogues illicites, et par conséquent dans la patientèle des médecins généralistes, la période sur laquelle les médecins ont été interrogés sur ces prises en charge concerne les sept derniers jours de leur exercice professionnel. Dans cet intervalle de temps, 68,6 % d'entre eux ont vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique **[figure 5]**, et 51,6 % dans le cadre d'un sevrage thérapeutique en alcool **[figure 6]**. Ces chiffres apparaissent stables, à la fois pour le tabac depuis 2003 (après une hausse très significative entre 1998 et 2003) et pour l'alcool depuis 1998.

En revanche, la part des médecins ayant vu au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours a presque doublé en dix ans. Ce type de prise en charge est plus souvent assuré par des médecins de plus de 40 ans et par ceux ayant au moins 10 % de leur clientèle

TABLEAU VI

Mode de prise en charge des patients déclaré par les médecins généralistes concernés, pour chaque substance et par année (en pourcentage)

	1993	1998	2003	2009
Tabac				
Seul	93,6	88,8	86,5	78,1
En liaison avec une structure	5,1	9,1	11,3	16,4
Adressés à une structure ou un confrère	1,3	2,1	2,2	5,5
Alcool				
Seul	25,4	19,7	19,9	17,0
En liaison avec une structure	63,2	67,0	68,4	59,7
Adressés à une structure ou un confrère	11,4	13,3	11,7	23,3
Cannabis				
Seul				27,7
En liaison avec une structure				34,0
Adressés à une structure ou un confrère				38,3
Autres drogues illicites				
Seul				6,8
En liaison avec une structure				31,8
Adressés à une structure ou un confrère				61,4

NB : Jusqu'en 2003, la question sur le tabac utilisait le terme de « tabagisme », celle sur l'alcool le terme d'« alcoolisme ».

FIGURE 4

Mode de prise en charge par les médecins généralistes concernés, pour chaque substance et selon le sexe (en pourcentage)

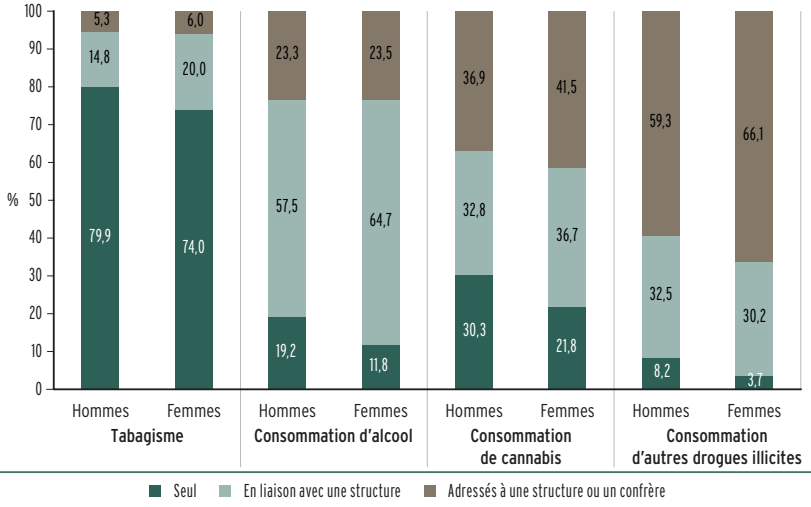


FIGURE 5

Nombre de patients vus dans le cadre de leur sevrage tabagique au cours des sept derniers jours, par année (en pourcentage)

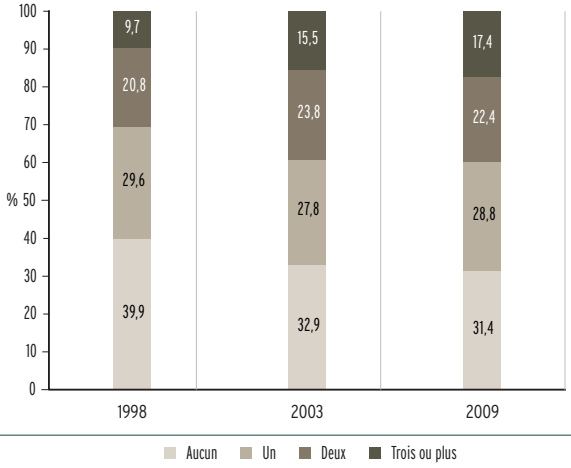
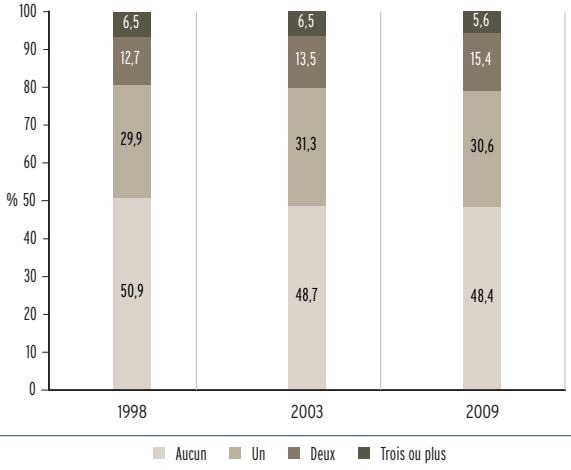


FIGURE 6

Nombre de patients vus dans le cadre de leur sevrage thérapeutique en alcool au cours des sept derniers jours, par année (en pourcentage)



qui relèvent de la CMU **[tableau VII]**. Tout comme en 2003, les prises en charge pour sevrage tabagique sont aussi davantage le fait des médecins déclarant un nombre d'actes médicaux quotidiens élevé. Cette prise en charge est également plus importante dans l'agglomération parisienne. Contrairement à la prise en charge des usagers dépendants aux opiacés, celle des usagers dépendants au tabac se fait plus souvent dans le cadre d'un cabinet individuel. Par ailleurs, les médecins ayant vu au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique sont plus nombreux parmi les professionnels qui abordent systématiquement la question du tabac avec leurs

TABLEAU VII

Facteurs associés au fait d'avoir vu au moins trois patients dans le cadre de leur sevrage tabagique et d'avoir vu au moins un patient dans le cadre de son sevrage thérapeutique en alcool au cours des sept derniers jours

	A vu au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours (N = 1986)			
	n	%	OR	IC à 95 %
Total		17,4		
Sexe		*		
Hommes (réf.)	1454	18,5	1	
Femmes	629	14,8	0,9	0,7 ; 1,2
Âge		**		
40 ans et moins (réf.)	299	10,1	1	
41 à 50 ans	661	18,9	1,9**	1,2 ; 2,9
Plus de 50 ans	1123	18,4	1,9**	1,2 ; 2,9
Taille de l'agglomération		**		
Moins de 20000 habitants (réf.)	855	15,2	1	
20000 habitants et plus	974	17,6	1,2	0,9 ; 1,6
Agglomération parisienne	254	24,2	1,9***	1,3 ; 2,7
Nombre moyen d'actes par jour		**		
1 à 20 (réf.)	817	13,8	1	
Plus de 20	1217	19,4	1,6***	1,2 ; 2,1
Type de cabinet		*		
Cabinet individuel (réf.)	998	19,3	1	
Cabinet de groupe	1081	15,6	0,8*	0,6 ; 1,0
Part de la clientèle bénéficiant de la CMU		**		
Moins de 10 % (réf.)	1514	16,2	1	
10 % ou plus	521	21,7	1,4*	1,1 ; 1,8
Facilité à aborder le tabagisme/la consommation d'alcool				
Pas facile (réf.)	224	13,5	1	
Facile	1857	17,8	1,2	0,8 ; 1,9
Rôle du médecin généraliste dans le domaine de la consommation de tabac/d'alcool *				
Plutôt/Plutôt pas/Pas du tout (réf.)	382	13,4	1	
Tout à fait	1701	18,3	1,4	1,0 ; 1,9
Aborde la question du tabac/de l'alcool au moins une fois avec chaque patient		***		
Non (réf.)	767	13,3	1	
Oui	1316	19,8	1,8***	1,4 ; 2,4

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

NB : Les pourcentages sont calculés sur la base n, les modélisations sont effectuées sur les N individus qui n'ont aucune valeur manquante.

patients, alors même que près de 90 % des médecins généralistes considèrent que le tabagisme est un sujet facile à aborder lors d'une consultation. La difficulté ressentie à aborder la question du tabagisme ne semble toutefois pas être un frein à la prise en charge : elle s'avère sans lien avec le nombre de patients vus dans le cadre de leur sevrage tabagique. La prise en charge du sevrage tabagique par les médecins généralistes a donc connu une forte hausse au cours de la dernière décennie. Elle est plus fréquente parmi les médecins ayant au moins une dizaine d'années d'expérience, qui produisent un volume d'actes médicaux important et reçoivent au moins un patient sur dix au titre de la CMU, exerçant en cabinet individuel et dans l'agglomération parisienne.

La facilité à aborder la question de la consommation d'alcool joue un rôle important dans la prise en charge des patients pour un sevrage thérapeutique en alcool **[tableau VII]**. Or 40 % des médecins généralistes jugent qu'il s'agit d'un sujet difficile. Par ailleurs, la prise en charge des patients pour un sevrage thérapeutique en alcool est nettement plus souvent assurée par les médecins ayant au moins 10 % de leur clientèle à la CMU et par ceux déclarant un nombre d'actes médicaux quotidien élevé. Elle est également de plus en plus fréquente à mesure que l'âge des médecins s'élève. Par ailleurs, les médecins qui considèrent que la référence aux consommations d'alcool fait « *tout à fait* » partie de leur rôle sont plus nombreux à prendre en charge le sevrage thérapeutique en alcool. À l'instar de la prise en charge des patients pour un sevrage tabagique, le repérage systématique de l'alcoolodépendance est fortement lié au nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un sevrage thérapeutique en alcool, même si la relation entre les deux est moins marquée que pour le tabac. Ce dernier s'avère en revanche indépendant du type de cabinet et de la taille de l'agglomération.

	A vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage alcoolique au cours des sept derniers jours (N = 1 982)			
	n	%	OR	IC à 95 %
		51,6		
		***		
	1 454	54,3	1	
	629	45,5	0,8	0,7; 1,0
		*		
	299	45,3	1	
	661	51,0	1,2	0,9; 1,6
	1 123	53,7	1,4*	1,1; 1,9
	855	53,1	1	
	974	49,8	0,9	0,7; 1,1
	254	53,4	0,9	0,7; 1,3
		***		
	817	42,6	1	
	1 217	57,5	1,8***	1,4; 2,1
	998	49,7	1	
	1 081	53,3	1,2	1,0; 1,4
		***		
	1 514	49,7	1	
	521	59,3	1,5***	1,2; 1,9
		**		
	823	47,4	1	
	1 258	54,4	1,2*	1,0; 1,5
		***		
	516	43,6	1	
	1 567	54,3	1,4**	1,1; 1,7
		*		
	1 604	50,1	1	
	479	56,6	1,3*	1,0; 1,6

PARTICIPATION À DES RÉSEAUX DE SANTÉ

La participation à des réseaux de santé portant sur les addictions – qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou, le plus souvent, des drogues illicites – concerne une minorité

de médecins généralistes **[figure 7]**, alors même que cette caractéristique est associée à une plus forte probabilité de pratiquer un repérage systématique des consommations de substances psychoactives chez les patients. En 2009, 5,3 % des médecins déclarent appartenir à un réseau de prise en charge de la toxicomanie ou des addictions au sens large. Cette proportion apparaît similaire à celles de 2003 (5,9 %) et de 1998 (5,7 %). En revanche, l'implication dans un réseau portant uniquement sur l'alcool s'avère en hausse significative entre 1998 (0,9 %) et 2009 (2,3 %). Pour le tabac, 0,9 % des praticiens est concerné. L'appartenance à l'un de ces trois types de réseau s'avère similaire chez les hommes et les femmes.

OPINIONS SUR LES DROGUES ILLICITES

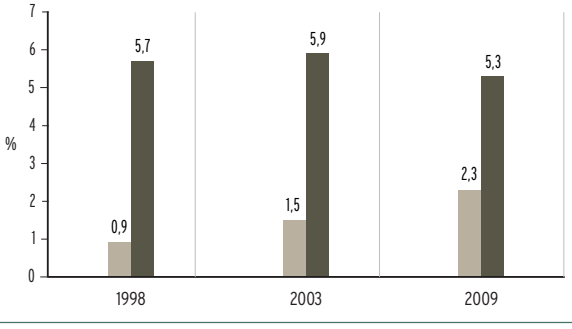
Les perceptions du cannabis et des usagers de drogues parmi les médecins généralistes se révèlent relativement uniformes. Au total, 85,0 % des médecins généralistes pensent que « *les toxicomanes sont avant tout des malades* » **[tableau VIII]**. Ils sont cependant près de 90 % à considérer que ces derniers ne « *se conforment [pas] aux prescriptions médicales* ». Concernant plus particulièrement le cannabis, plus de 95 % pensent que ce produit « *constitue un risque important pour la santé* », 92,0 % pensent qu'il ne « *faut [pas] le mettre en vente libre* » et 19,8 % déclarent qu'il est « *normal d'essayer [le cannabis] au moins une fois dans sa vie* ». Ils sont 10,4 % à penser que, de manière plus générale, « *La drogue, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie* » lorsqu'on leur pose la question de cette manière. Ces opinions ne diffèrent pas selon le sexe ou l'âge du médecin.

Tandis que les opinions sur les drogues en général s'avèrent assez stables dans le temps, celles portant plus spécifiquement sur le cannabis ont significativement évolué depuis 1998 **[figure 8]**. Ainsi, la mise en vente libre du cannabis[5], qui recueillait l'adhésion d'un médecin sur cinq en 1998, est approuvée par moins d'un médecin sur dix en 2009 (8,0 %). De même, alors que 62,9 % des médecins généralistes pensaient qu'il existait un risque important pour la santé lié à l'usage de cannabis[6] en 1998 et 82,5 % en 2003, ils sont 96,5 % à le penser en 2009. Les opinions sur le cannabis, entre

5. Le terme « drogues douces » était utilisé jusqu'en 2003.
6. Le terme « haschisch » était utilisé jusqu'en 2003.

FIGURE 7

Participation des médecins généralistes à un réseau de santé, par année (en pourcentage)



NB : L'appartenance à un réseau sur le tabac est marginale quelle que soit l'année et n'est donc pas présentée dans cette figure.

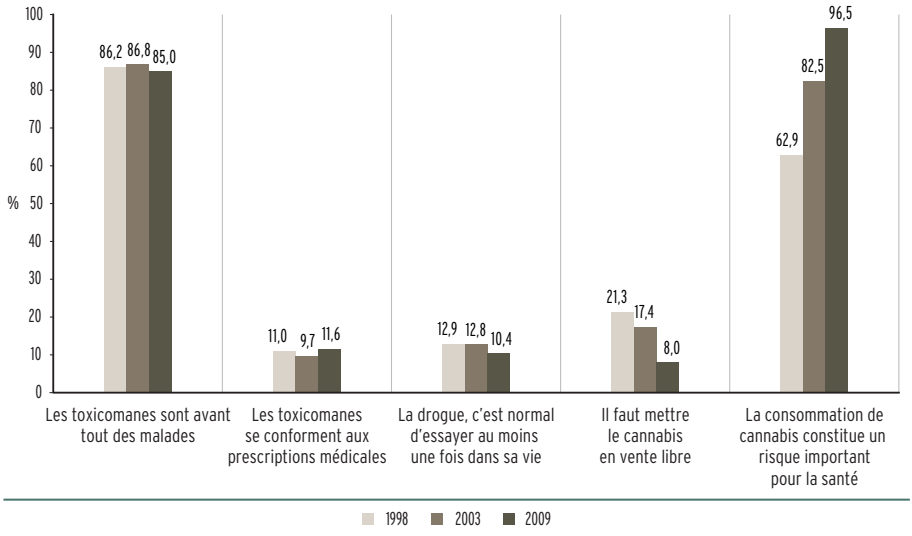
TABLEAU VIII

Opinions des médecins généralistes sur les drogues illicites (en pourcentage)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Les toxicomanes sont avant tout des malades	52,3	32,7	11,3	3,7
Les toxicomanes se conforment aux prescriptions médicales	2,1	9,5	50,4	38,0
La drogue, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie	2,8	7,6	24,6	65,0
Le cannabis, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie	6,1	13,7	27,0	53,2
Il faut mettre le cannabis en vente libre	2,0	6,0	22,5	69,5
La consommation de cannabis constitue un risque important pour la santé	75,3	21,2	3,2	0,3

FIGURE 8

Évolution des opinions « *tout à fait* » et « *plutôt* » d'accord sur les drogues illicites entre 1998 et 2009 (en pourcentage)



toutes les drogues, apparaissent donc particulièrement variables dans le temps, ce qui traduit probablement le fort degré de controverse sur le sujet.

En général, ces différentes opinions apparaissent relativement peu discriminées par les profils pris en compte dans l'enquête. Toutefois, avoir une attitude plus tolérante vis-à-vis du cannabis se révèle lié au fait de prendre en charge seul les patients en difficulté avec une consommation de ce produit. Par ailleurs, l'appartenance à un réseau sur les addictions est liée à la représentation des toxicomanes comme étant avant tout des malades. Enfin, les médecins jeunes, ceux qui voient au moins un patient par mois en difficulté avec sa consommation d'opiacés ou appartiennent à un réseau ont tendance à faire davantage confiance aux usagers de drogues quant à leur compliance.

DISCUSSION

La place des personnes dépendantes aux opiacés parmi les patients en médecine de ville apparaît plus élevée en 2009 qu'en 2003, constituant un prolongement de la tendance observée entre 1995 et 2003 concernant le recours aux traitements de substitution **[23]**. Selon les données de ce Baromètre santé, elles seraient environ 110 000 à avoir recours aux médecins généralistes. On sait par ailleurs que le nombre de personnes bénéficiant de remboursements de médicaments de substitution, estimé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) à partir des données de l'Assurance maladie, était de 130 000 en 2007 **[17]**. Le rapprochement de ces deux chiffres témoigne de la prédominance des médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés. Ce constat rejoint les conclusions d'études qui ont démontré que la proportion de médecins prescripteurs de méthadone dans le cadre d'un traitement de substitution a notablement augmenté en médecine de ville **[24]**, comme en milieu hospitalier ou en milieu pénitentiaire **[25]**, ce qui va dans le sens des recommandations de la conférence de consensus « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution » des 23 et 24 juin 2004, initiée par la Fédération française d'addictologie (FFA). En revanche, les données de ce Baromètre santé ne permettent pas de corroborer les récentes publications qui font état d'une relative hausse des recours au soin en lien avec l'usage de cocaïne depuis quelques années en France **[26]** comme dans l'ensemble des pays européens **[27]**, mais elles montrent une présence non négligeable des usagers de stimulants en médecine générale.

Au-delà des données permettant de décrire et de quantifier les attitudes et les modalités de prise en charge des addictions développées par les médecins généralistes, ce bilan des pratiques professionnelles fait émerger plusieurs tendances significatives : l'évolution des opinions quant à la dangerosité du cannabis et la fluctuation importante de ces opinions au cours de la dernière décennie ; la reconnaissance de la nécessité d'un repérage des abus de substances, le plus précocement possible ; enfin, la diffusion des pratiques de sevrage tabagique en médecine de ville.

En effet, l'évolution des opinions concernant le cannabis depuis 1998 semblait à contre-courant de celle observée en population générale jusqu'en 2002 **[28]**. Ainsi, alors que 24 % de la population étaient favorables à la mise en vente libre du cannabis en 2002 (17 % en 1999), 17 % des médecins généralistes y étaient favorables en 2003 (21 % en 1998), ce qui témoignait d'un renversement du rapport entre l'opinion publique et les médecins. En 2009, ce taux d'adhésion a fortement chuté parmi les médecins généralistes comme en population générale, puisque les médecins ne sont plus que 8 % à approuver une mise en vente libre du cannabis, ce chiffre étant de 15 % en population générale d'après l'enquête Eropp 2008 (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) **[29]**. Les médecins de ville apparaissent donc de plus en plus méfiants envers ce produit. Il ne faut pas éluder l'influence que peuvent avoir, sur les réponses, les termes dans lesquels sont formulées les questions. Le terme « drogues douces » par exemple, employé jusqu'en 2003 pour la question relative à la mise en vente libre du cannabis, induit probablement chez un sujet placé en situation d'enquête une attitude plus tolérante face au produit. Quoi qu'il en soit, il est probable que la littérature scientifique et médicale récente sur le cannabis ait encouragé les approches prudentes : les débats récurrents, ces dernières années,

sur l'innocuité du produit, sa concentration en THC (tétrahydrocannabinol), etc., ont vraisemblablement attiré l'attention des praticiens sur les risques d'une extension de l'usage régulier du cannabis en populations adolescente et jeune adulte, conduisant peut-être à une hausse de leur sensibilité aux situations problématiques **[30]**. Les travaux récents sur les liens entre santé mentale et cannabis ont démontré un lien avec les épisodes psychotiques, même si l'étude de ce lien s'avère particulièrement complexe **[31-33]**. Notons toutefois que les travaux les plus récents apparaissent plus nuancés **[34]** et identifient la précocité de l'usage comme facteur de risque principal **[35, 36]**. Ce constat permet de mettre en lumière la manière dont les pratiques professionnelles évoluent en fonction de « l'état des connaissances » dans les champs institutionnel, médiatique et scientifique.

La pratique de prise en charge des usagers de cannabis problématiques apparaît particulièrement liée à la propension du médecin à aborder la question du cannabis de sa propre initiative, sans attendre une éventuelle demande du patient. Cette constatation montre tout l'intérêt du repérage précoce et de l'intervention brève pour ouvrir le dialogue sur la consommation de cannabis **[37, 38]**. La campagne d'information sur le cannabis menée en France en 2005 à l'initiative de la direction générale de la Santé (DGS), de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) s'inscrivait dans cette perspective, proposant notamment des outils d'évaluation de la consommation de cannabis **[39]**. Ce Baromètre santé médecins généralistes nous permet toutefois de souligner que le recours à un questionnaire préétabli reste encore marginal pour le cannabis, tandis que, pour le tabac, l'utilisation de questionnaires a connu une hausse spectaculaire depuis 2003. Cette évolution est à mettre en rapport avec les efforts consentis dans la lutte contre le tabagisme ces dernières années (législation, campagnes d'aide à l'arrêt, etc.). De même, les questionnaires préétablis concernant la consommation d'alcool s'avèrent de plus en plus utilisés par les médecins généralistes, à un niveau bien moindre que pour le tabac cependant. Dans une enquête réalisée en population générale en 2002, seuls 7 % des répondants qui avaient vu leur médecin généraliste déclaraient avoir été interrogés sur leur consommation d'alcool **[40]**. Les progrès à réaliser restent donc importants.

Les médecins généralistes sont nombreux à considérer que les situations d'usage problématique de substances psychoactives doivent être repérées de façon précoce afin d'analyser les motivations de l'usage et comprendre le sens qu'il revêt pour les usagers, de façon à apporter une information et une prise en charge adaptées, et éviter une évolution vers la dépendance. L'expérience anglo-saxonne montre que les tests courts peuvent être de bons instruments pour le dépistage (*screening*) et que les questions directes sont souvent plus efficaces que les questionnements plus complexes **[41, 42]**.

La diffusion des pratiques de sevrage tabagique en médecine de ville est le troisième point saillant qui émerge de ce bilan. L'augmentation du nombre de patients vus dans le cadre d'un sevrage tabagique depuis 2003 est notamment à mettre en parallèle avec l'élargissement de l'offre de substituts nicotiniques, et plus largement avec la volonté des pouvoirs publics de « dénormaliser » le tabac. Elle s'inscrit dans une hausse initiée entre 1998 et 2003. Dans le cadre de la politique générale de lutte contre le tabagisme engagée en France, l'Assurance maladie prend en charge, depuis 2007, les substituts nicotiniques à hauteur de 50 euros par an et par patient. Depuis 2003, les pouvoirs publics encouragent la réflexion sur les bonnes pratiques cliniques : l'Agence française de sécurité

sanitaire des produits de santé (Afssaps) a ainsi publié en 2003 des recommandations de pratique clinique portant spécifiquement sur les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac, qui ont été complétées par une conférence de consensus organisée en 2004 sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) portant sur la prise en charge du tabagisme chez les femmes enceintes. Ces orientations constituent donc à ce jour le cadre de référence en matière d'aide au sevrage tabagique, qui a lui-même été actualisé par les recommandations demandées à la Haute Autorité de santé (HAS) par le ministère de la Santé pour améliorer l'efficacité, l'efficience et la prise en charge financière des stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique **[43]**. Considérant qu'en l'absence de toute aide pharmacologique ou non pharmacologique à l'arrêt, les taux de sevrage tabagique apparaissent faibles, de l'ordre de 3 à 5 % à 6-12 mois, la HAS a ainsi conclu à la nécessité d'une aide au sevrage tabagique pour soutenir les fumeurs dans leur tentative d'arrêt, en démontrant que le subventionnement de la démarche de sevrage était une composante essentielle d'une stratégie efficace et efficiente. En outre, parmi les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées dans l'aide au sevrage tabagique, la HAS cite les thérapies comportementales et cognitives (approche individuelle et de groupe) et les approches psychologiques qui privilégient le conseil individuel des différents professionnels de santé. Par ailleurs, l'Inpes gère depuis 2003 la ligne téléphonique d'aide au sevrage tabagique Tabac info service (TIS), créée en 1998. Ce dispositif a été étendu à un site internet de coaching en ligne en 2005.

Contrairement à ce qui est observé pour le sevrage tabagique, la prise en charge du patient alcoolodépendant par un médecin généraliste seul reste l'exception, probablement parce que l'offre de médicaments d'aide à l'arrêt n'est pas aussi performante[7] que dans le cas du sevrage tabagique **[45]**, et parce que les conséquences sociales, et notamment professionnelles, de l'alcoolodépendance sont plus lourdes et visibles. La plus grande autonomie des médecins dans la prise en charge du tabagisme va également de pair avec le recours plus systématique à des questionnaires standardisés de repérage précoce que pour les autres addictions.

La difficulté des professionnels de santé à aborder les problèmes d'alcoolisation a été soulignée par des travaux français récents **[46]** et a donné lieu à une abondante littérature encourageant la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) **[47-50]** relayée par l'OFDT **[51]**. L'efficacité de ces interventions brèves d'inspiration motivationnelle a été établie au plan international **[52]**, mais elle a récemment fait l'objet d'une remise en cause dans le cadre français, au motif que le paiement forfaitaire à l'acte ne favorise pas les actions de dépistage et de prévention **[53]**. Ces remises en cause confirment la nécessité d'instaurer, en consultation, une démarche éducative dans laquelle l'entretien motivationnel pourrait être l'une des techniques utilisées. Au-delà de ces considérations, il convient de souligner que la mise en application des directives du ministère de la Santé concernant le RPIB a été freinée par le fait que les consultations de prévention prévues par la loi relative à la politique de santé publique n'ont pas encore été mises en place **[22]**.

Enfin, le repérage et la prise en charge des problèmes d'usage de cannabis ont été traités plus récemment par les pouvoirs publics comme un problème spécifique appelant la mise en place d'un dispositif spécialisé : des « consultations jeunes

---

7. Il faut souligner que les recherches françaises sur l'évaluation de traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance sont particulièrement rares, seule une étude ayant été réalisée en médecine générale **[44]**.

consommateurs » ont ainsi été ouvertes dans l'ensemble des départements en 2005, avec des résultats qui montrent que, au cours des deux premières années d'activité, elles ont accueilli 45 000 usagers de produits et 26 000 personnes de leur entourage en métropole et dans les départements d'outre-mer **[54, 55]**. Intervenant depuis 2008 dans le cadre des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) **[56]**, leur vocation reste d'assurer l'information et l'évaluation des facteurs de gravité de l'usage aux premiers stades de la consommation (usage sans complications sanitaires ni troubles du comportement), d'offrir un suivi rapide en cas d'usage jugé « nocif » (provoquant des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux) et de déclencher une prise en charge brève ou une orientation en cas de dépendance.

L'ensemble des résultats de ce chapitre montre bien que les médecins généralistes ne traitent pas de la même façon les problèmes de tabac et d'alcool, et encore moins ceux liés à la consommation de cannabis. Cela exprime sans doute le fait que, encore aujourd'hui, dans la pratique professionnelle du médecin généraliste, le terme d'« addiction » correspond moins à une entité clinique stabilisée qu'à une variété de situations individuelles associées à des contextes sociaux de consommation. L'analyse des représentations sociales associées aux différents produits et la perception des risques liés à leur usage pourraient être une clé d'explication des variations observées dans les pratiques des médecins généralistes : à l'instar du cannabis, dont l'« image » s'est dégradée entre 1998 et 2009, l'alcool et le tabac pourraient eux aussi générer des pratiques de prise en charge différentes si le niveau de priorité et d'alerte déterminé par les pouvoirs publics était amené à évoluer.

Relecteurs

Agnès Cadet-Taïrou
Tiphaine Canarelli
Jean-Michel Costes
Julie-Mattéa Foures
Juliette Guillemont
Dominique Huas
Emmanuelle Le Lay
Philippe Michaud
Isabelle Vincent
Jean-Louis Wilquin

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 11 février 2011.

[1] Maestracci N. Drogue et toxicomanie : quelle politique ? Entretien avec Alain Ehrenberg et Hugues Lagrange. *Esprit*, juillet 2001, n° 7 : p. 49-68.

[2] Reynaud M., Bailly D. Venisse J.-L. *Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce ?* Actes du sixième congrès international sur les addictions. Paris : Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 2005 : 311 p.

[3] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*. Paris : Mildt, La Documentation française, 2008 : 111 p.
En ligne : http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2008-2011/pdf/Plan_gouvernemental_2008-2011-fre.pdf

[4] Le Faou A.-L., Scemama O., Ruelland A., Ménard J. Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie. Analyse de la base nationale CDT. *Revue des maladies respiratoires*, 2005, vol. 22, n° 5 : p. 739-750.
En ligne : http://www.em-consulte.com/article/157159

[5] Obadia Y. Souville M., Moatti J.-P., Morin M., Gastaut J.A. Attitudes et expérience des médecins généralistes français face à l'infection à VIH. Enquête nationale 1996. *La Presse médicale*, 1997, vol. 26, n° 18 : p. 860-866.

[6] Moatti J.-P., Souville M., Escaffre N., Obadia Y. French general practitioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine. *Addiction,* 1998, vol. 93, n° 10 : p. 1567-1575.
En ligne : http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.1998.9310156714.x/pdf

[7] Bouchez J., Vignau J. The French experience – the pharmacist, general practitioner and patient perspective. *European Addiction Research*, 1998, vol. 4, suppl. 1 : p. 19-23.

[8] Vignau J., Duhamel A., Catteau J., Legal G., Pho A.-H., Grailles I., *et al*. Practice-based buprenorphine maintenance treatment (BMT): how do French healthcare providers manage the opiate-addicted patients? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2001, vol. 21, n° 3 : p. 135-144.

[9] Pin S. Drogues : la prise en charge des patients toxicomanes. *In* : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2004 : p. 164-189. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf

[10] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Expertise collective. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. Paris : Inserm, 2010 : 573 p.

[11] Perrin-Escalon H., Gautier A. Tabac et alcool : quelle implication des professionnels ? *In* : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2004 : p. 140-161. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf

[12] Doll R., Peto R., Wheatley K., Gray R., Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal,* 1994, vol. 309 : p. 901-911. En ligne : http://www.bmj.com/content/309/6959/901.full

[13] Phillips A. N., Wannamethee S. G., Walker M., Thomson A., Smith G.-D. Life expectancy in men who have never smoked and those who have smoked continuously: 15 year follow up of large cohort of middle aged British men. *British Medical Journal,* 1996, vol. 313 : p. 907-908. En ligne : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352232/pdf/bmj00563-0021.pdf

[14] Bagnardi V., Blangiardo M., La Vecchia C., Corrao G. Alcohol consumption and the risk of cancer : a meta-analysis. *Alcohol Research and Health*, 2001, vol. 25, n° 4 : p. 263-270. En ligne : http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-4/263-270.htm

[15] Boffetta P., Hashibe M., La Vecchia C., Zatonski W., Rehm J. The burden of cancer attributable to alcohol drinking. *International Journal of Cancer*, 2006, vol. 119, n° 4 : p. 884-887. En ligne : http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.21903/pdf

[16] Peto R., Lopez A.-D., Boreham J., Thun M. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000 (2e ed.)* [rapport]. University of Oxford : CTSU, 2006 : 517 p. En ligne : http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/

[17] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). *Drogues, chiffres-clés (3e éd.)*. Saint-Denis : OFDT, juin 2010 : 6 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2010.pdf

[18] Hill C. Alcool et risque de cancer. *ADSP*, mars 2000, n° 30 : p. 14-17. En ligne : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad301417.pdf

[19] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (Milc). *Plan cancer : 2003-2007*. Paris : Milc, 2003 : 44 p. En ligne : http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20032007.pdf

[20] Institut national du cancer (INCa). *Plan Cancer : 2009-2013*. Boulogne-Billancourt : INCa, 2009 : 140 p. En ligne : http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013

[21] République française. *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. *Journal officiel*, n° 185, 11 août 2004. En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005823063&dateTexte=20100908

[22] Haut Conseil de la santé publique (HCSP). *Évaluation du Plan cancer 2003-2007. Rapport final*. Paris : HCSP, janvier 2009 : 495 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20090131_EvaluationCancer.pdf

[23] Cadet-Taïrou A., Bello P.-Y., Costes J.-M., Palle C., Escots S. Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004. *Tendances*, juin 2004, n° 37 : 8 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxack6.pdf

[24] Canarelli T., Coquelin A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. *Tendances*, mai 2009, n° 65 : 6 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxtcp5.pdf

[25] Obradovic I., Canarelli T. Primoprescription de méthadone en établissement de santé. Analyse des pratiques médicales en milieu hospitalier et pénitentiaire depuis la mise en place de la circulaire du 30 janvier 2002. *Tendances*, avril 2008, n° 60 : 4 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxioo4.pdf

[26] Karila L., Beck F., Legleye S., Reynaud M. Cocaïne : de l'expérimentation à la dépendance. *La Revue du praticien,* 2009, vol. 59, n° 6 : p. 821-825.

[27] Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). *Rapport annuel 2009. État du phénomène de la drogue en Europe*. Luxembourg : Office des publications officielles des communautés européennes, 2009 : 116 p. En ligne : http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009

[28] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (Eropp) 2002*. Paris : OFDT, 2002 : 228 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbj1.pdf

[29] Costes J.-M., Laffiteau C., Le Nézet O., Spilka S. *Premiers résultats concernant l'évolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues 1999-2008*. Saint-Denis : OFDT, 2010 : 5 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eropp100621fiche.pdf

[30] Reynaud M., dir. *Cannabis et santé – vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge*. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2004 : 194 p.

[31] Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes T.R., Jones P.B., Burke M., Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 2007, vol. 370, n° 9584 : p. 319-328.

[32] Ferdinand R.-F., Sondeijker F., van der Ende J., Selten J.-P., Huizink A., Verhulst F.-C. Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. *Addiction*, 2005, vol. 100, n° 5 : p. 612-618.

[33] Macleod J., Oakes R., Copello A., Crome I., Egger M., Hickman M., *et al.* Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet*, 2004, vol. 363, n° 9421 : p. 1579-1588.

[34] Degenhardt L., Hall W., Lynskey M., McGrath J., McLaren J., Calabria B., *et al.* Should burden of disease estimates include cannabis use as a risk factor for psychosis? *PLoS Medicine*, 2009, vol. 6, n° 9 : e1000133. En ligne : http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000133

[35] Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents. Données épidémiologiques. *Médecine/Sciences*, 2007, vol. 23, n° 12 : p. 1162-1168. En ligne : http://www.edk.fr/reserve/print/e-docs/00/00/0B/B6/document_article.md

[36] McGrath J., Welham J., Scott J., Varghese D., Degenhardt L., Hayatbakhsh M. R., *et al.* Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 2010, vol. 67, n° 5 : p. 440-447.

[37] Reynaud M., Costes J.-M., Beck F., Palle C., Legleye S. Cannabis : l'approche doit être scientifique. *La Revue du praticien*, 2005, vol. 55, n° 1 : p. 14-16.

[38] Bernard C., Melihan-Cheinin P., Postel-Vinay N., Jeanfrançois M., Lert F., Basset B., *et al.* Agir contre la hausse de consommation de cannabis. *La Revue du praticien*, 2005, vol. 55, n° 1 : p. 5-6.

[39] Beck F., Legleye S. Measuring cannabis related problems and dependence at the population level. *In* : Rödner Sznitman S., Olsson B., Room R. *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences.* Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Monograph series 8, vol. 2, 2008 : p. 29-57. En ligne : http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis

[40] Michaud P., Fouilland P., Grémy I., Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. *La Revue du praticien – Médecine générale*, 2003, vol. 17, n° 611 : p. 605-608.

[41] Rost K., Burnam M.A., Smith G.R. Development of screeners for depressive disorders and substance disorder history. *Medical Care,* 1993, vol. 31, n° 3 : p. 189-200.

[42] Svanum S., McGrew J. Prospective screening of substance dependence: The advantages of directness. *Addictive Behavior,* 1995, vol. 20, n° 2 : p. 205-213.

[43] Haute Autorité de santé (HAS). *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière* [rapport]. Saint-Denis : HAS, janvier 2007 : 122 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/strategies_therapeutiques_aide_sevrage_tabagique_rapport_2007_01_22__16_28_14_826.pdf

[44] Kiritzé-Topor P., Huas D., Rosenzweig C., Comte S., Paille F., Lehert P. A pragmatic trial of acamprosate in the treatment of alcohol dependence in primary care. *Alcohol and Alcoholism*, 2004, vol. 39, n° 6 : p. 520-527.

[45] Association Mieux prescrire. Alcoolodépendance : après le sevrage. *Prescrire*, 2009, vol. 29, n° 306 : p. 270-278.

[46] Bouix J.C., Gache P., Rueff B., Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *La Revue du praticien – Médecine générale*, 2002, vol. 16, n° 588 : p. 1488-1492.

[47] Michaud P., Gache P., Batel P., Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *La Revue du praticien – Médecine générale,* 2003, vol. 17, n° 604 : p. 281-289.

[48] Michaud P. Repérage précoce, les médecins en première ligne. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2003, n° 368 : p. 41-42.

[49] Sobell L.C., Sobell M.B. L'intervention brève au cabinet médical, une occasion unique de conseiller à propos d'alcool. *Alcoologie et Addictologie*, 2004, n° 26 (suppl. 3) : p. 6S-10S.

[50] Daeppen J.-B., dir. Interventions brèves en alcoologie. *Alcoologie et Addictologie*, 2004, n° 26 (suppl. 3) : 3S-40S.

[51] Diaz Gomez C., Milhet M. *Repérage précoce intervention brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes* [rapport]. Saint-Denis : OFDT, 2005 : 220 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/epfxcdk4.html

[52] Beich A., Thorsen T., Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 2003, n° 327 : p. 536-542. En ligne : http://www.bmj.com/content/327/7414/536.full

[53] Huas D., Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *Exercer*, 2010, vol. 90, n° 21 : p. 20-23.

[54] Obradovic I. *Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007). Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge* [rapport]. Saint-Denis : OFDT, 2009 : 173 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap09/epfxiop1.html

[55] Obradovic I. Caractéristiques du public reçu dans les consultations jeunes consommateurs pour un problème d'addiction, 2005-2007. *BEH*, juillet 2009, n° 30 : p. 332-336. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/30/beh_30_2009.pdf

[56] Direction générale de la Santé (DGS). *Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des Csapa et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie*. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf